Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 29 listopada 1884. № 48. Rok XXIII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa jako leki zastępujące naparstnicę.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 października 1884).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński.
I asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

III. A. S. l. 28 nożownik. Zawsze słabowity, przed 6 laty przebył ostry gościec stawowy, od tego czasu bicie serca szczególniéj podczas pracy. Rok temu dla duszności i opuchliny odnóg dolnych leżał w szpitalu, po kilku tygodniach przypady te ustąpiły, a powrót takowych skłoniły chorego do udania się do kliniki, gdzie 3. III b. r. został przyjęty.

W chwili przyjęcia **stan chorego** następujący: Odżywienie mierne. Skóra blada, żółtawo zabarwiona. Na białkówkach ślad żółtaczki. Policzki i wargi sine. Żyły szyjne, szczególnie prawa, mocno rozszerzone. Duszność znaczna, w płucach szczególnie w dole objawy zastoju. Okolica serca nieco wyniosła. W 5 i 6 przestworze międzyżebrowym na zewnątrz od sutka jak również w 4 i 3 widać skurczowe uderzenie końca serca, odbywające się w ten sposób, że na jedno uderzenie tętna przypada cały szereg ruchów falistych serca. Ręką można odróżnić pojedyńcze wstrząśnienia odpowiadające tym ruchom falistym najwyraźniéj w 5 przestworze międzyżebrowym na zewnątrz od linii sutkowéj lewéj i stwierdzić również arytmię bardzo znaczną. Stłumienie serca rozpoczyna się na dolnym brzegu 3 żebra ku stronie lewéj, sięga równo z uderzeniem końcowém, t. j. dwa palce poza linię sutkową lewą — na prawo przekracza na 1 cm. linię przymostkową prawą, ku dołowi schodzi się ze stłumieniem wątroby. Ruchomość serca utrzymana. Przysłuch stwierdza znacznego stopnia arytmię, a nad komórką lewą tak skurczowy jak i rozkurczowy szmer, które bez ściśléj granicy w siebie przechodzą; nad tętnicami dwa tony, z tych 2gi nad tętnicą płucną zaostrzony. Tętno arytmiczne nadto z tym charakterem, że nie każdemu uderzeniu serca odpowiada tętno tak, że w ¼ minuty skurczów serca jest 15 a uderzeń tętna 11. Wątroba znacznie powiększona, o brzegu twardym, bolesnym; podobnie zachowuje się i śledziona. W jamie brzusznéj mierna ilość wolnego płynu. Mocz w ilości skąpéj (500 cm), wysycony, zawiera ślad białka. Na dolnych odnogach lekka opuchlina.

Rozpoznanie: *Insuf. valv. mitr. et stenosis ostii ven. sin. in stadio incomp. Myocarditis fibrosa.*

Od 3/III—6/III podano choremu *inf. fol. dig. 1:200*, wpływ bardzo mały. Ilość moczu prawie niezmieniona, przypady ze strony narządu oddechowego i krążenia te same, a opuchlina na nogach nawet się zwiększyła, wyrazem czego było podwyższenie ciężaru ciała prawie o 1 klgr.

Zastosowano więc u chorego w d. 6/III *inf. adon. vern. 8:200.*, które z małemi tylko przerwami brał do 18/III tak, że w tym czasie wyżył 10 dawek czyli napar z 80 gramów gorzykwiatu. Skutek doskonały. W d. 12/III, a więc po 7 dawkach, można już było zanować: Chory znacznie swobodniejszy, policzki i bł. śluzowa warg mniéj sine. Oddech wolniejszy. Nieżyt w płucach prawie ustąpił. Faliste wstrząśnienia serca utrzymują się tylko w 4 i 5 przestworze, w 6 już ich niema; w dołku podsercowym uderzenia nie widać. Arytmija o wiele mniejsza, a uderzenia pojedyńcze serca zgadzają się prawie z liczbą tętna tak, że ledwie na kilkanaście uderzeń serca znajduje się uderzenie, któremu nie odpowiada uderzenie tętna (na ¼ minuty przypada 14 uderzeń serca a 13 tętna). Rozmiary serca od strony prawéj zmniejszone, przysłuch wykazuje wyraźniejsze 2 szmery nad komórką lewą a 2gi ton nad tętn. płucną jeszcze silniéj zaostrzony. W jamie brzusznéj zaledwie ślad płynu. Wątroba niebolesna, o rozmiarach mniejszych jak pierwotnie; podobnie zachowuje się i śledziona. Ilość moczu znacznie się powiększyła, bo wynosi 2100 cm. — ślad białka ustąpił. Na odnogach dolnych

opuchlina prawie znikła. Ciężar ciała w związku z tym stanem (pomniejszenie wątroby, śledziony, opuchliny odnóg i jamy brzusznéj) opadła o 6 klgrm.

Skutek gorzykwiatu był więc dodatni; że to on tak działał, najlepszy dowód w tém, iż w początkach gdy przerwano przez jeden dzień podawanie leku, jak to widzieć można z tabliczki niżéj załączonéj, pomniejszyła się zaraz ilość moczu. Po 10 dawkach kompensacyja się utrwaliła, przebyta odra takowéj nie zaburzyła, a leczenie następowe wzmacniające podniosło odżywienie pacyjenta tak, że opuszczając zakład mimo momentów wyżéj wymienionych (ustąpienie opuchliny jamy brzusznéj i odnóg) wykazywał przybytek na wadze 2 klgrm.

Dzień	Ilość moczu	C. gat.	L. uderzeń serca	L. uderzeń tętna	Waga ciała	LECZENIE
3 Marc.	500	1·030	60	50	56·60	Inf. fol. dig. 0·75 : 180
4	650	„	60	50	—	„
5	500	„	80	60	—	„
6	700	1·028	80	60	57·50	Inf. adon ver. 8 : 200
7	850	1·024	80	66	—	2ga dawka
8	1225	1·021	78	66	—	3cia „
9	1350	„	72	68	—	4ta „
10	2100	1·018	74	66	—	bez leku
11	1750	1·018	70	62	51·50	5ta dawka
12	1750	1·021	76	72	—	6ta „
13	?	?	76	70	—	7dma „
14	1200	1·025	76	72	—	8ma „
15	1600	?	84	75	—	bez leku
16	1350	1·021	80	74	—	9ta dawka
17	2000	1·016	—	—	52·50	bez leku
18	1500	1·021	80	72	—	10ta dawka
19	2100	1·021	—	—	—	—
20	2000	„	80	74	—	—
21	1750	„	80	74	—	—
22	1800	„	70	70	—	odra, stan gorączkowy,
23	1700	„	80	74	—	leczenie obojętne
24	1300	1·028	—	—	—	
25	1000	„	80	72	—	
26	?	1·025	78	72	—	—
27	1200	„	80	72	—	—
28	1300	1·021	—	—	—	—
29	1300	„	80	74	—	—
30	1500	1·018	80	72	53·50	opuszcza klinikę

IV. S. K. lat 60 z Kobierzyna. Dotychczas zdrów, od roku duszność; przed kilku miesiącami spostrzegł obrzmienie odnóg dolnych, w maju b. r. miał odkrztuszać krew. Przyjęty do kliniki d. 27/XI 83 r.

Budowa dobra, skóra barwy ziemistéj. Na policzkach, wargach i języku sinica bardzo znaczna; żyły szyjne mocno wypełnione. Duszność tak silna, że chory ciągle siedzieć musi. Oddechy odbywają się przy pomocy wszystkich mięśni dodatkowych. Badanie płuc wykazuje miernego stopnia rozedmę i obustronną puchlinę piersiową *(hydrothorax)* sięgającą do połowy łopatek. Uderzenie serca nie widoczne, ledwo wyczuwalne w 5 przestworze międzyżebrowym na wewnątrz linii sutkowéj lewéj. Wypuk w okolicy serca stwierdza stłumienie kształtu trójkąta, którego wierzchołek przypada na 3cie żebro, podstawa zaś biegnąca wzdłuż 6 żebra przekracza ku stronie lewéj linię sutkową na 2 cm., ku prawéj przechodzi nieco poza linię przymostkową prawą. Nad komórką lewą skurczowy szmer, rozkurczowy głuchy ton, nad prawą również 1szy słaby szmer, który się utrzymuje nawet gdy się oddalamy słuchawką ku stronie prawéj; nad tętnicami tony czyste. Tętnice obwodowe pokręcone, twarde; — tętno słabe, ledwo wyczuć się dające, częste, niemiarowe. Brzuch mocno wzdęty przez znaczną ilość nagromadzonego wolnego płynu. Wątroba powiększona przy ucisku bolesna; śledziona również. Mocz w ilości 400 cm. wysycony zawiera ślad białka. Powłoki skórne silnie obrzękłe.

Mieliśmy więc do czynienia z wadą serca lewego w wysokim stopniu inkompensowaną, rozpoznanie brzmiało: *Insuff. valv. mitr. in stad. compl. incompen. (insuf. relativa valv. tricusp., hydroth., hydropericard., ascites, anasarca, hyperaemia passiva pulm., hepatis, lienis et renum). Atheroma arteriarum.*

Obok lżejszych środków podniecających podano choremu *inf. fol. digit.* 1:200 w d. 28 i 29 Listopada. Ilość moczu się podniosła, tętno co do liczby obniżyło się i zyskało na napięciu, duszność jednak, która choremu najwięcéj dokuczała, trwała daléj. Ponieważ jednodniowa przerwa w podawaniu naparstnicy odbiła się odrazu zmniejszeniem się ilości moczu, zastosowano więc w d. 1/XII *inf. conval. maj.* 5:200. Lek ten z przerwą trzechdniową, w któréj podawano *Extr. scillae*, brał chory aż do d. 19/XII a więc wyżył 16 dawek. Wynik, który najlepiéj uwidocznia załączona tabliczka, można powiedzieć, że przeszedł oczekiwanie. Kompensacya w znacznéj części została przywróconą, stan bowiem chorego przy wyjściu z kliniki był następujący: Podmiotowo czuje się bardzo dobrze, duszności nie doznaje, sen jest spokojny, łaknienie prawidłowe. Opuchlina twarzy, worka sercowego, jam opłucnowych ustąpiła zupełnie — w jamie brzusznéj i na odnogach dolnych zalewie ślad takowéj; skutkiem tego ciężar ciała spadł o 24 klgrm. Uderzenie serca widoczne, spokojne — szmer skurczowy nad komórką prawą ustąpił miejsca tonowi (niema już względnéj niedomykalności zastawki trójkończystéj) a 2gi ton nad tęt. płucną silnie zaostrzony. Tętno co do liczby prawidłowe, dobrze napięte. Sinica na twarzy, jak również wypełnienie żył szyjnych prawie niewidoczne. Ilość moczu, chociaż przez ostatnie dni pobytu chorego w zakładzie leczenie było obojętne, utrzymywała się stale w ilości 1500—2000 cm. a mocz okazywał skład prawidłowy.

Dzień	Ilość moczu w cm.	Ciężar gat.	Liczba tętna: rano	Liczba tętna: wieczór	Ciężar ciała w kilogrm.	Objętość brzucha przez pępek	LECZENIE
27 List.	—	—	—	120	81	109ctm.	
28	400	1·045	80	84	—	—	Inf. digit. 1:200
29	650	1·028	64	72		—	„
30	1500	1·014	72	80	80·50	—	bez leku
1 Grud.	1200	1·018	72	68	—	109	Conval. maj. 5:200
2	2100	1·014	72	68	77·70	—	2ga dawka
3	3700	1·011	80	88	—	104	3cia „ lekki stan go-
4	1750	1·014	80	84	74	—	4ta „ rączk. wsku-
5	1650	1·014	80	84	—	104	5ta „ tek ograni
6	2000	1·009	80	88	71	—	6ta „ czonego za-
7	1450	1·014	80	72	—	103	7ma „ pal. płuca pr.
8	1850	1·014	70	84	69·50	—	8ma „
9	1450	1·014	78	88	—	100	9ta „
10	1850	„	82	80	68·50	—	bez leku
11	1250	1·014	76	84	—	98	Ext. Scillae 0·30 : 200
12	2250	1·012	82	88	67	—	„
13	2000	1·014	89	78	—	97	Con. maj. 5:200 (10ta daw.)
14	2100	1·018	84	80	—	—	11ta dawka
15	2425	1·014	74	76	64	96	12ta „
16	2750	1·011	66	72	—	—	13ta „
17	1350 ?	1·020	64	66	62·30	—	14ta „
18	2100	1·020	72	72	—	95	15ta „
19	2900	1·014	70	74	60	—	16ta „
20	3050	1·016	84	84	—	95	lek oboj.
21	2100	„	68	70	57·20	—	„
22	1800	1·021	68	76	—	91	„
23	2350	1·020	80	76	56·40	—	„
24	1400	1·023	74	78	—	89	„
25	1600	„	72	76	57	—	„
26	1750	„	74	80	—	86	„

V. M. S. lat 40. Nie przypomina sobie, żeby kiedy

chorowała, dopiero w kwietniu 1883 spostrzegła opuchlinę na odnogach dolnych, w kilka miesięcy potém przyłączyło się bicie serca. Przyjęta do kliniki 30 października 1883 r.

Stan obecny: Powłoki blade, w całości obrzękłe. Sinicy nie ma. Oddechy swobodne. Obustronna opuchlina piersiowa (*hydrothorax*). W dole z tyłu objawy nieżytu. Uderzenie serca rozlane, najwyraźniejsze w 5 przestworze międzyżebrowym na zewnątrz od sutka. Stłumienie rozpoczyna się na 4tém żebrze, ku dołowi schodzi się ze stłumieniem wątroby, na prawo sięga do linii środkowéj ciała, na lewo przekracza 2 cm. po za liniję sutkową lewą. Przysłuch wykazuje nad komórką lewą w miejsce 1go tonu długi szmer zajmujący przedskurcz i skurcz, nad tętnicą główną 1szy ton silniéj zaznaczony, 2gi nad tętnicą płucną również wzmocniony. Przy podstawie serca tarcie osierdziowe. Tętnice obwodowe pokręcone; tętno 72 dość napięte. W jamie brzusznéj wolny płyn. Wątroba i śledziona znacznie powiększone. Ilość moczu 1000 cm. c. g. 1·021, mocz mętny oddziaływania kwaśnego, zawiera znaczną ilość białka, a w osadzie wałeczki ziarniste bądź w całości zachowane bądź rozpadłe, komórki przybłonka brukowego i nieliczne ciałka wypocinowe.

Rozpoznanie brzmiało: *Sclerosis arteriarum. Nephritis parenchym. chron. subq. peri- et endocarditide chronica (sub forma insuf. valv. mitr.) Hydrothorax, Hydropericardium, Ascites et Anasarca.* Przebieg dalszy, wynik leczenia polegającego na podawaniu kolejno gorzykwiatu (*adonis vernalis*), konwalii majowéj (*convalaria maj.*), wyciągu cebuli morskiéj (*extr. scillae*), naparstnicy (*digitalis purp.*) przedstawia najlepiéj załączona tabliczka.

Dzień	Ilość moczu w cm.	C. gat.	Licz. tęt. rano	Licz. tęt. wieczór	Ciężar ciała w klgrm.	Leczenie
30 Paź.	—	—	72	68	57 90	Inf. adon. ver. 4:200
31 „	1000	1·021	64	64	—	2ga dawka
1 List.	1200	„	60	68	57·60	3cia „
2 „	1400	„	56	56	56·80	4ta „
3 „	1000(?)	„	64	76	56·30	bez leku
4 „	900	„	76	76	55·50	—
5 „	900	„	66	72	55·20	Inf. adon. ver. 5 200
6 „	1350	„	56	60	54·60	„
7 „	1250	„	56	60	54	bez leku
8 „	1100	„	66	60	54·50	—
9 „	900	„	64	68	54·70	—
10 „	1000	„	72	72	55	—
11 „	1050	„	80	76	55	Inf. flor. Conval. maj.
12 „	900	„	60	76	55·10	„
13 „	1400	„	60	60	54·20	„
14 „	1600	„	56	72	—	bez leku
15 „	1250	„	60	64	52 90	—
16 „	1100	„	64	64	52·20	—
17 „	1150	„	72	72	51·70	Extr. scillae 0·30:200
18 „	1300	„	60	60	51·50	„
19 „	1550	„	60	76	51·90	Inf. fol. digit. 1:200
20 „	1150	„	80	72	52	„
21 „	1100	1·014	60	60	52	„
22 „	1400	1 014	68	64	51·50	—

Z tabliczki téj widzimy, że podany gorzykwiat (4:200) od 31 października do 3 listopada podniósł ilość moczu do 1400 cm., obniżył liczbę tętna z 72 na 50 i wzmocnił jego napięcie. W d. 3—5 listopada niepodawanie leku odbiło się odrazu opadnięciem ilości moczu na 900 cm. i powiększeniem się liczby tętna do 76 na minutę. Powtórzone dawki w d. 5—6 listopada (5:200) wywarły znów wpływ skuteczny. Podobne działanie zachowały leki w dalszym ciągu podawane: *Convalia maj.*, *Extr. scill.*, *Digit.* z tą uwagą, że najdzielniéj na układ naczyniowy wpływał gorzykwiat. Wśród tego leczenia ogólny stan choréj znacznie się poprawił, a opuchlina tak powłok jak i jam surowiczych zmniejszyła się, dowodem tego ubytek ciężaru ciała przeszło 6 kgrm. wynoszący. Apetyt większy, siły lepsze, a skóra nabrała żywszéj barwy. Stan nerek pozostał niezmieniony, skrzepił się tylko mięsień sercowy.

VI. S. W. lat 16. Zawsze chorowita, od dłuższego czasu cierpi na bicie serca i opuchlinę, często pluje krwią. — Przyjęta d. 5 lipca 1883, przedstawia stan następujący:

Twarz obrzękła, wargi sine, żyły szyjne rozdęte, zewnętrzne widocznie tętnią. Ruchy oddechowe miernie przyspieszone. Badanie płuc wykazuje kilka ognisk o odgłosie wypukowym stłumionym, pokrytych drobnemi rzężeniami (miejsca zawałów krwawych). W okolicy serca uderzenie rozlane, nad końcem skurczowy koci mruk. Stłumienie serca na ogromnéj przestrzeni, bo ciągnące się od 2 do 6 żebra, ku stronie prawéj do linii przymostkowéj prawéj, na lewo do linii sutkowéj lewéj. Przysłuch stwierdzał nad komórką lewą skurczowy i rozkurczowy szmer, nad tętnicami obok udzielonych szmerów dwa tony głuche, nad tętnicą płucną rytm cwałowy (*Galopprhythmus*); nad komórką prawą skurczowy szmer krótszy niż nad lewą. Tętno 96 słabe. Brzuch wzdęty przez nagromadzony wolny płyn. Wątroba macalna, tętni; śledziona również powiększona. Odnogi dolne chłodne, sine i obrzękłe. Moczu ilość bardzo skąpa, mocno wysycony, nieprawidłowych składników nie zawiera.

Rozpoznanie: *Insuff. valv. mitr. et stenosis ostii ven. sinist. in stad. incomp. (insuf. relativa valv. tricusp., dilatatio cordis praecipue dextri, hydrothorax min. gradus, ascites, anasarca). Infarct. pulm.*

Obserwacyja dalsza jest dla nas o tyle ważną, że podane 3 dawki *inf. fol. digit.* (1:200) pozostały bez najmniejszego wpływu tak na tętno, ilość moczu, jak i na cały stan choréj. Zastósowane natomiast w dalszym ciągu kolejno *inf. adonis ver.* 4:150 (3 dawki) i *inf. flor. conval. maj.* 6:200 (5 dawek) zwiększyły ilość moczu, obniżyły liczbę tętna i podniosły jego napięcie. Opuchlina poczęła ustępować, dowodem tego obniżenie ciężaru ciała o 5 kgm. Komórka prawa serca zjędrniała (sinica mniejsza, żyła szyjna zewnętrzna prawa i wątroba nie tętnią, stłumienie ku stronie prawéj sięga tylko 1 cm. po za liniję środkową ciała, szmer skurczowy nad komórką prawą ustąpił, a 2gi ton nad tętnicą płucną zaostrzony). Chora w znacznie lepszym stanie opuściła klinikę d. 17 lipca 1883 r.

Dzień	Ilość moczu w cm.	C. gat. w cm.	Liczba tętna rano	Liczba tętna wieczór	Ciężar ciała w klgr.	Objętość brzucha przez pępek	Leczenie
5 Lip.	—	—	104	106	308	85	Inf. fol. dig. 1:200
6 „	250	1·028	102	106	—	—	„
7 „	150	1·028	100	102	—	—	„
8 „	150	„	100	104	—	—	Inf. adonis ver. 4:150
9 „	450	1·021	102	90	37·30	84	„
10 „	800	1·014	90	96	36·15	—	„
11 „	1450	„	90	84	35	81½	„
12 „	?	„	72	80	35 40	—	Inf. flor. Conval. maj.
13 „	700	1·021	78	90	35·20	—	„ 6:200
14 „	1000	„	72	80	34·15	—	„
15 „	?	„	?	?	34·15	—	„
16 „	600	„	96	96	33·65	—	„
17 „	1350	1·018	—	—	32·70	—	—

(Dokończenie nastąpi).

II. O schyzomycetach w ropie.

Podał Dr. Med. J. Ziemacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

W całéj pierwszéj grupie widzimy, że sprawy zapalne

były zlokalizowane w rozmaitych narządach. Też same schyzomycety spotykamy w przypadku pierwszym, w którym wzięliśmy ropę z wysięku w jamie kolanowéj jak i w przypadku drugim i piątym z ropnia w gruczołach piersiowych, w trzecim i szóstym w ropie wytworzonéj przez flegmonę na odnodze górnéj, w przypadku czwartym i siódmym w ropie powstałéj prawdopodobnie ze zropienia gruczołów i naczyń limfatycznych *(paradenitis et paralymphangioitis)*. Oprócz tego w przypadku piątym wystąpiły jako zjawiska wikłające *pleuritis*, *pericarditis*, *peritonitis*, które, rzecz oczywista, w ścisłym są związku z ropniami powstałemi w piersiach. Mieliśmy więc do czynienia ze sprawami zapalnemi rozmaitych organów. Znaleźliśmy w tych wszystkich przypadkach jednakowe schyzomycety. Widzimy więc, że w danych razach rodzaj organu pozostał bez wpływu na rodzaj schyzomycetu. Zapalenia omówione w téj grupie, pomimo tego, że dotyczyły tak różnorodnych organów, były identyczne pod względem schyzomycetów. Z punktu widzenia teoryi pasorzytniczéj jednakowe schyzomycety wywołują jednakowe sprawy chorobowe. Przyjmując tę zasadę można powiedzieć, że zapalenia omówione w téj grupie przedstawiają zapalenie jednostajne i samoistne. Pomimo więc tego, że w nomenklaturze klinicznéj cierpienia te znajdujemy rozrzucone w różnych grupach, ze względu na wspólną przyczynę musimy uznać je za zapalenie jednostajne. A więc, jakkolwiekbądź *phlegmone* nie jest podobna do *endometritis*, musimy w tym razie powiedzieć, że istota tych spraw chorobowych jest jedną.

Jakoż istotnie oprócz téj wspólnéj okoliczności znajdujemy w tych 7 przypadkach jeszcze jednę wspólną im wszystkim rzecz. Widzimy, że te wszystkie zapalenia powstały na tle róży; np. w przypadku V wystąpiła róża jako następcza komplikacyja, w większéj zaś części, bo w przypadkach II, III i VII, róża była powodem zapalenia. Widzimy więc, że niemal we wszystkich (z wyjątkiem tylko pierwszego) przypadkach sprawa zapalna pozostawała w tym lub innym związku z różą. Zapalenia opisane poniżéj w innych grupach nie mają ani jednego przypadku, w którym zachodziłaby jakakolwiek styczność z różą. W pierwszéj grupie znalazłem mikrokoki paciorkowate, charakterystycznie ułożone. Mikrokoków podobnych w innych grupach nie znajdowałem. Rzecz prawdopodobna, że mikrokoki stoją w pewnym związku z różą. Udowodnić stosunek przyczynowy jednych do drugich możnaby było tylko za pomocą sztucznéj hodowli i zaszczepienia, jak to uczynił Fehleisen. Co się mnie tyczy to pozbawiony byłem możności wykonania tych doświadczeń. Fehleisen, a przed nim wielu innych, jakoto Orth i Tillmanns, opisali mikrokoki w róży. Wspominają wszyscy o tém, że w pewnych okresach, a szczególniéj w hodowlach sztucznych tego grzybka, spotykano formę prątkowatą obok formy kokowéj w kształcie *zoogloea*. Wyżéj wymieniam powody, które mi przeszkodziły odszukać formy laseczkowatéj. Na zasadzie paru spostrzeżeń uczyniłem jednak teoretyczne przypuszczenie o tém, że w pewnym okresie nici schyzomycetowe i tu składały się nie z mikrokoków lecz z prątków. Domyślam się przeto, że schyzomycety znalezione przezemnie w ropie w zapaleniach téj pierwszéj grupy są identyczne ze schyzomycetami róży, opisanemi poprzednio przez wielu innych. Przedstawiają one pewien okres, pewien stan rozwojowy, *bacillus erysipelatidis*, a jak się zdaje przedstawiają okres po sformowaniu się zarodników (okres zarodnikowy, *stadium sporarum)*. A wzgląd, że nie spotkałem ani jednego prątka, bynajmniéj temu nie przeczy. Nie taję, że przypadek *pyaemia post endometriditem* wcale u chorego nie nastręcza faktów, które pozwoliłyby nam uznać sprawę zapalną w tym przypadku za identyczną ze sprawą zapalną w róży. Jakkolwiekbądź istotnie w razie tym nie istniało różowate zapalenie zewnętrznéj skóry i jakkolwiek nie było zewnętrznych objawów róży, to jednak nie rozumiem, dla czegoby można było wprost tę możność odrzucić. *Erysipelas*, pospolita choroba. Jéj zarodki są wszędzie rozpowszechnione. Być więc bardzo może, że zapalenie wewnątrzmaciczne co do istoty przyczynowéj było identyczne z zapaleniem w róży. Tylko objawy w danym razie muszą być i były inne, z powodu anatomicznych okoliczności. Zewnętrzna bowiem powłoka zbyt jest oddalona od ognisk choroby, aby na niéj mogło wystąpić chrakterystyczne zabarwienie. Gdyby nie to, może i w razie danym mielibyśmy różę na zewnętrznéj powłoce. Jedném słowem, jeżeli przypadek pierwszy wcale nie popiera mojego założenia, to mu bynajmniéj nie przeczy, gdy weźmiemy pod uwagę to objaśnienie.

Grupa druga.

8. *Panaritium pollicis dextri.* Praczka. Zachorowała 27 maja. Zapalenie nie bardzo silne. Obrzmienie i zaczerwienienie nie zbyt rozległe. D. 30 maja zrobiłem parę niegłębokich nacięć. Niewiele ropy. D. 3 czerwca przyszła z zupełnie zagojonym palcem. Ropę zbadałem natychmiast po nacięciu.

9. *Panaritium indicis sinistri.* N. D. 5 czerwca zachorowała. Na ostatnim członku palcowym zebrało się pod naskórkiem wiele ropy. Rozcięcie wykonane przezemnie wykazało zapalenie w tkance łącznéj głębszych warstw skóry. Zrysowałem z preparatu schyzomycety za pomocą *camera lucida* przy powiększeniu około 700 razy *(Hartnack, Immers.* 9.) i rysunek przedstawiam poniżéj.

10. *Mastitis sin. (in puerperio).* A. K. W końcu maja poród. W początkach czerwca ból i zapalenie w piersi lewéj. 1 lipca 1884 przyjęto do szpitala. Silne obrzmienie. Czerwoność nie zbyt wielka. Chełbotanie w kilku miejscach. Zrobiłem d. 1 lipca głębokie nacięcia. Ropy nie zbyt wiele. W 3 godziny po operacyi zbadałem ropę.

11. *Osteomyelitis acutissima multiplex.* N. A. 5 maja zachorowała. *Osteomyelitis femoris dext., humeri sin. et periostitis purulenta.* T. 40°,7 Proces rozwijał się bardzo szybko. W sąsiednich stawach wystąpiły ropne wysięki: *Synovitides purulentae coxae et genu d., humeri et cubiti sin.* Szybki upadek sił. D. 13 przyjęto do szpitala: *Sopor. Pleuritis duplex.* Nazajutrz rano śmieć. Ropa była w szpiku i w szczególnie ogromnéj ilości pod okostną i w stawach.

12. *Osteomyelitis et periostitis femor. d. acutae.* O.O. Chora od 3 lat. Przed 2ma laty była w szpitalu z powodu téj saméj nogi. Było już lepiéj. Od niedawna noga zbrzękła. Silne zapalenie, 9 kwietnia wykonano osteotomiję. Ropnie w szpiku a jeden wielki pod okostną. Wyzdrowienie.

13. *Osteomyelitis acutissima multiplex.* P. M. 13 kwietnia zapadła na ból w nodze prawéj (*femor. dex.*) D. 16go przyjęto do szpitala. T. 40·7°. Ogólne osłabienie. 18 kwietnia pierwsza osteotomija. 21 druga osteotomija. Dużo ropy. Stan polepszył się, siły podniosły się. Znaczna część kości udowéj zmartwiała. 16 lipca *resectio coxae.* W lipcu wyjęto wiele sekwestrów. Od téj pory stan choréj zaczął się prędko poprawiać. Badano ropę dwa razy po pierwszéj i po drugiéj osteotomii.

Na grupę drugą złożyło się sześć przypadków. Trzy jednak przypadki *osteomyelitis,* które tu zaliczone zostały, mogą stanowić osobną grupę. Chassaignac, Lücke, Hueter, Billroth i wielu innych uznali cierpienie to za samoistną chorobę. Przyznano jéj nawet zaraźliwość. Pojęcie o samodzielności *osteomyelitis* jest głęboko wkorzenione w nauce tegoczesnéj i ja je całkowicie podzielam. Jeżeli zaś pozwoliłem sobie umieścić je obok *panaritium* i *mastitis,* to uważam za stósowne wytłumaczyć się z tego. Umieszczając *osteomyelitis* w grupie drugiéj nie miałem bynajmniéj intencyi zaprzeczenia samodzielności téj postaci. Z tego punktu widzenia musiałbym utworzyć grupę osobną dla 3 tylko przypadków. Tego jednak nie uczyniłem dla tego, że morfologiczny układ i kształt schyzomycetów w moich przypadkach *osteomyelitis* był bardzo podobnym do schyzomycetów znalezionych w przypadkach 8, 9 i 10, któreto przypadki umieszczone są w téj grupie. Wprawdzie miałbym poniekąd prawo oddzielenia *osteomyelitis* z tego powodu, że jakkolwiek mikrokoki *osteomyelitis* są bardzo podobne, nie wydają mi się identycznemi z mikrokokami widzianemi w pierwszych trzech przypadkach z téj grupy. Ale to doprowadziłoby do znacznego rozdrobnienia. Łączę je przeto w jednę grupę. Późniejsze badania pozwolą mi, być może, stanowczo rozdzielić te cierpienia.

Schyzomycety znalezione w ropie z téj grupy mają wspólne cechy, które je wyraźnie odróżniają od schyzomycetów opisanych w grupie pierwszéj. Tu jak i tam spotykałem wyłącznie mikrokoki. Wielkość tych mikrokoków równała się średnio wielkości tamtych. Także pod względem formy mikrokoki wcale się nie różniły od tamtych; są to kuleczki i punkciki prawidłowo kuliste. Tam i tutaj pojedyńczych mikrokoków nie spotyka się prawie zupełnie [1]). Tutaj również występowały one jedynie w formie kolonij. Kolonije te przedstawiały się po części w kształcie sznureczków. Sznureczki te jednak nie były tak długie jak w grupie pierwszéj. Liczba koków w jednym sznureczku nie przechodziła nigdy liczby 8. Odrazu jednak uderzała rażąca różnica formy sznureczka. Tam sznureczek giął i wił się, tutaj nie spotykaliśmy tego nigdy. Zarodniki przedstawiały się zawsze jako uszeregowane w matematycznie prostéj linii. Jeżeli zaś zdarzały się załamania, to te były tylko pod kątem prostym, lub co najwyżéj pod kątem zbliżonym do prostego. Tego nie widzieliśmy ani razu w grupie pierwszéj. Parzystość koków, opisana w grupie pierwszéj, występowała tutaj również jasno. Jeżeli i w tym razie mikrokoki te uważać należy za stan zarodnikowy schyzomycetu, trzeba przypuszczać, że w każdym krótkim prątku powstało u bieguna po jednym zarodniku (*spora*), tj. w każdym osobnym pręteczku sformowało się tylko po jednéj parze mikrokoków. Bardzo często spotyka się grupy z dwu koków złożone (podług nomenklatury Billrotha *diplococci*), daleko rzadziéj *triplococci* w rodzaju .·. — W grupie pierwszéj nie często spotykaliśmy diplokoki, tutaj zaś są one nadzwyczaj częste. Ale okolicznością najbardziéj charakterystyczną, która stanowczo wyróżnia je od schyzomycetów z pierwszéj grupy, jest to, że szeregi koków układają się tutaj w kolonije, tworząc niewielkie, ale bardzo charakterystyczne *zoogloea.* Sznureczki te (*torulae*) proste i parzyste leżą w jednéj kolonii równolegle do siebie, a po większéj części jeszcze w taki sposób, że zarodnik leży naprzeciwko zarodnika, a przedział wolny naprzeciwko przedziału odpowiedniego w równoległym sznurku. Zupełnie inaczéj ma się rzecz w zoogloeach mikrokokowych u bakteryj gnicia (np. u *bacterium termo,* u grzybka siennego *bacterium subtile)*; w zoogloeach tych układają się równoległe sznureczki w ten sposób, że zarodniki jednéj nici wypadają naprzeciwko przedziału drugiéj nici i naodwrót.—Oprócz licznych diplokoków w ropie z téj grupy spotyka się jeszcze jedno nader charakterystyczne ugrupowanie koków w kształcie :: czwórki gry w domino. Ta grupa zdarza się nadzwyczaj często. O wiele częściéj niż jakiekolwiek inne ugrupowanie, bądź po dwoje bądź w kolonijach liczniejszych (patrz figurę). A przy baczniejszém wpatrzeniu się udaje się spo-



Fig. — Zrysowana przezemnie za pomocą *camera lucida,* przy powiększeniu 800 krotném. Przypadek IX *Panaritium.* Dość znaczne ilości mikrokoków rozrzuconych kupkami. Częste układanie się czwórkami, rzadziéj dwójkami. Pośrodku małe zooglea, *a*) ciałka ropne, — *b*) mikrokoki.

strzedz, że większe zoogley składają się z koków ułożonych czwórkami w kwadraty i sześciany po 4, 8, 16, 20, 24 itd. Precedens podobny jest już znany u wielu rodzajów schyzomycetów. Pochodzi zaś ten układ ztąd, że się mikrokok dzieli raz w jednym kierunku, przyczém powstaje jedna para mikrokoków. Każdy mikrokok w téj parze dzieli się już teraz w kierunku drugim (pod kątem prostym do pierwszego

[1]) W ogóle mówiąc nie zdarzało mi się dotychczas w wielu innych przypadkach czy to w ropie czy to w narządach spotykać mikrokoków luźno, jeżeli tylko zwracałem uwagę na to, aby preparatu w czasie przygotowywania zbytnio nie maltretować. Dla tegoto sądzę, że ci autorowie, którzy spotykali mikrokoki pojedynczo lub znajdowali je luźno rozrzuconemi po całym preparacie, zostali wprowadzeni w błąd przez to że w czasie przygotowywania preparatu sztucznie rozrzucili komórki schyzomycetowe po całym preparacie. Istotnie też w tych przypadkach, w których umyślnie rozcierałem kroplę ropy długo i silnie pomiędzy szkiełeczkami, otrzymałem koki w rozrzuceniu.

kierunku); jeżeli zaś nowopowstałe koki podzielą się jeszcze w trzecim kierunku przestrzeni (w głąb), to otrzymamy ośm mikrokoków w postaci sześcianu ułożonych. Takim jest podział komórek u *sarcina ventriculi*, u *micrococcus gonorrhoeae*, również i u *bacterium merismopedioides*, przez co powstają u nich albo czterokomórkowe kwadraty, albo ośmiokomórkowe sześciany. Saméj akcyi podziałowéj u moich koków nie dostrzegłem ani razu, dla tego że nie mogłem przedsięwziąć potrzebnéj ku temu sztucznéj hodowli. Teoretyczne jednak przypuszczenie takiéj czynności ze względu na wielką analogiję z podobnemi formami innych schyzomycetów lepiéj dotychczas zbadanych, wydaje mi się bardzo prawdopodobną rzeczą. Dopiero co opisane własności, jako układ sznureczków równoległych, przyczém każdy kokus przypada na przeciwko koka z równoległego sznurka, a także godna uwagi poczwórność w kolonijach nadają zoogleom tych schyzomycetów ogólne odrębne cechy. Odrębność ta odbija się w wyglądzie zewnętrznym zoogley. Albowiem wszystkie zooglee (tj. mniejsze lub większe skupienie komórek, objęte także nazwą kolonij) posiadają odmienną k a n t o w a t ą f o r m ę. Rogi zoogley nie są wcale zaokrąglone, lecz tworzą kąty proste. Ta odrębna cecha odrazu wpadła mi w oczy przy porównaniu z zoogleami widzianemi w naczyniach krwionośnych w organach ludzi zmarłych z septycemii, któréj opisanie umieściłem w mojéj rozprawie inauguralnéj. Oprócz tego odróżniają się one stanowczo od zoogley mikrokoków gnicia. Te bowiem kolonije są kuliste lub mają powierzchnię okrągławą, np. zooglea u *micrococcus pyocyaneus*, *ascococcus Billrothii* itd.

Cechy właściwe zoogleom koków z téj drugiéj grupy chorób są tak stałe, że uważam je za własność niezmienną. Cechy te pozwalały mi zawsze mikrokoki te odróżnić z jednéj strony od mikrokoków kiedykolwiekbądź przezemnie widzianych, a z drugiéj strony oddzielić stanowczo od mikrokoków opisanych w grupie pierwszéj. Taka okoliczność zmusza mnie uznać te dwie formy zoogley za przedstawicielki osobnych rodzajów schyzomycetowych. Jak tam tak i tutaj mikrokoki ułożone w sznureczki przedstawiają pewien (analogiczny) jeden okres rozwoju schyzomycetów dwu różnych rodzajów. Bez wątpienia jest to tak zwany o k r e s z a r o d n i k o w y (*sporae*). Czy jednak w téj drugiéj grupie są inne okresy — nie wiem. Ani razu niewidziałem w moich preparatach ani stanu prątkowatego, ani stanu nitkowatego (*bacillus* wzgl. *leptothrix*).

Chociaż w wielu względach podobieństwo schyzomycetów w przypadkach VII, VIII i IX do schyzomycetów znalezionych w *osteomyelitis acutissima* (przypadki X, XI i XII) jest bardzo wielkie, to jednak przy baczniejszém badaniu dają się spostrzedz następujące nieznaczne różnice: 1) Ilość mikrokoków w *osteomyelitis* jest stokrotnie większą aniżeli w pierwszych trzech przypadkach; 2) w *osteomyelitis* mikrokoki wydają się nieco wątlejszemi, niby trochę mniejszemi (chociaż jak już wspomniałem za pomocą mikrometru różnicy téj wymierzyć nie mogłem); 3) forma pojedyńczego mikrokoku w *osteomyelitis* jest o wiele prawidłowiéj kulistą. W skutek tego zooglea w *osteomyelitis* przedstawia się nieco jaśniéj, jako złożona z osobnych koków. Czy jednak te tak małe różnice dają nam prawo rozdzielić tę grupę i powiedzieć, że są to dwa odrębne rodzaje schyzomycetów? Pytanie to tymczasem jestem zmuszony pozostawić bez odpowiedzi. Być też może, że mikrokoki pod względem morfologicznym do siebie zupełnie podobne, są pod względem fizyjologicznym bardzo od siebie różne. Zapalenia w przypadkach *osteomyelitis* odznaczały się nadzwyczajną złośliwością, a przypadki VII, VIV i IX wielką łagodnością przebiegu, bo w żadnym nie było silnéj gorączki i zapalenie nie miało ani razu charakteru postępowego. Rażąca to różnica. Aby uniknąć większego splątania w téj jeszcze ciemnéj i dotychczas zawiłéj dziedzinie, wolę tymczasem przy wysnuwaniu wniosków wyłączyć całkowicie trzy przypadki *osteomyelitis*, a ograniczyć się do prostego zanotowania faktu znalezienia w ropie osteomyelitycznéj mikrokoków podobnych, ale nawet nieco różnych od przedstawionych we figurze. (Dok. n.)

III. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

III. *Syphilis secundaria recidiva.*

Na kiłę wtórorzędną odnawiającą się leczono 43 mężczyzn i 41 kobiet, razem 84 chorych. Czas leczenia wynosił średnio $14\frac{1}{2}$ dnia.

Kiła wtórorzędna odnawiała się najczęściéj w postaci kłykcin sączących. Rzadziéj o wiele zmianom tym towarzyszyła wysypka na skórze. Cechowało kiłę odnawiającą się umiejscowienie się kłykcin. Podczas gdy w kile wczesnéj świeżéj najczęstszą siedzibą kłykcin były części rodne i ich okolica, to w kile odnawiającéj się najczęściéj napotykaliśmy guzki wilgotne na błonie śluzowéj jamy ust. Ztąd téż kiła odnawiająca się ma tak ogromne znaczenie ze względu na rozszerzanie się téj choroby czy to przez pocałunek, czy w jakikolwiek inny sposób, jedynie tylko za pomocą nader nieznacznych kłykcin na wargach, które znów są ulubioném miejscem ich sadowienia się. Kłykciny sączące najliczniéj występowały w pierwszych okresach kiły odnawiającéj się. Czém zaś późniéj kiła się odnawiała, tém mniéj liczne i mniejsze były kłykciny sączące. W niektórych przypadkach póżnych i już niejednokrotnie odnawiającéj się kiły jedynym objawem jéj były nieznaczne kłykciny sączące na migdałkach lub na podniebieniu miękkiém.

Wysypka na skórze w kile odnawiającéj się wystąpiła tylko w 18 przypadkach, t. j. u 7 kobiet a 11 mężczyzn. Najczęstszą postacią wysypki była wysypka guzkowa a następnie różycowa. Wysypka guzkowa występowała zwykle tylko w postaci nielicznych guzków soczewicowatych lub większych łuszczących się. Zwykle guzki te usadowione były na jakiémś ograniczoném miejscu. Najczęściéj stosunkowo napotykano je na karku. Różyczka w kile odnawiającéj się różniła się zazwyczaj od takiéj saméj wysypki kiły wczesnéj świeżéj wielkością znaczniejszą plam, ich rozłożeniem tylko na małych przestrzeniach skóry, a obok tego często i kształtem. Albowiem podczas gdy różyczka w kile świeżéj występowała najczęściéj w postaci drobnych, gęsto rozsianych plam różowych o niewyraźnych zarysach, — to w kile odnawiającéj plamy te były zwykle o wiele wybitniejsze, większe, o zarysach więcéj wyraźnych, często w postaci całkowitych lub niezupełnych obrączek (*roséole circinée*) lub też plam owalnych, eliptycznych. Przytém wysypka różycowa kiły odnawiającéj się była zwykle trwalszą niż w kile wczesnéj.

Nierzadko spotykano się w kile odnawiającéj z cier-

pieniami ócz, szczególnie z zapaleniem tęczówki, daléj z bólami i zapaleniem w różnych stawach, z nerwicami i porażeniami pojedynczych gałęzi nerwowych, bólami mięśniowemi itd. O wszystkich tych objawach mówiliśmy już obszerniéj przy kile wtórorzędnéj wcześnéj.

W leczeniu kiły wtórorzędnéj używaliśmy przedewszystkiém preparatów rtęciowych. Reguła ta jednak nie była bez wyjątków. W przypadkach bowiem kiły złośliwéj u ludzi źle odżywionych, niedokrewnych lub charłaczych przystępowaliśmy tylko w razach nadzwyczajnych odrazu do leczenia rtęcią. Wychodziliśmy tutaj z zapatrywania, potwierdzonego licznemi doświadczeniami i spostrzeżeniami, że rtęć działa do pewnego stopnia upośledzająco na wszystkie czynności ustroju i skutkiem tego nie mało podkopuje odżywienie. Woleliśmy więc w takich razach, niechcąc powiększać jeszcze bardziéj i tak już wybitnego charłactwa, odżywiać dobrze chorego, podawać mu środki wzmacniające, jak dobre wino, piwo, żelazo z chininem itp. a prócz tego stosować jod, który również bez wątpienia jest środkiem przeciwkiłowym, chociaż w objawach kiły świeżéj nie tak skutecznym jak rtęć.

Rtęć stosowaliśmy albo wewnętrznie, albo podskórnie, albo za pomocą wcierań. Wybór jednéj z tych metod zależnym był od przypadku i od szczegółowego wskazania. Ogólnie przyjętą była metoda stosowania rtęci podskórnie. Metoda ta bowiem ma bardzo wiele zalet i góruje, zdaniem naszém, nad innemi. Rtęć w postaci wstrzykiwań podskórnych stosowana wymaga znacznie mniéj zachodu od wcierań a pod względem działania zazwyczaj im nie ustępuje. Przytém lekarz jest w stanie zawsze dokładnie oznaczyć dawkę, jaką chce wprowadzić do ustroju, podczas gdy to przy podawaniu rtęci w postaci wcierań, a nawet wewnętrznie, jest prawie niemożebném. Zaleta ta jest niemałą, jeżeli chcemy leczyć według pewnych ścisłych zasad umiejętności. Ustrój ludzki znosi znakomicie wstrzykiwania. Zaburzenia ze strony narządu pokarmowego o wiele rzadziéj występują niż po podawaniu rtęci wewnętrznem lub nawet i po wcieraniach. Chorzy nie są tak narażeni na zaziębienie się przy nadarzającéj się lada jakiéj sposobności, jak to ma miejsce przy stosowaniu wcierań. Dla tego też używaliśmy wstrzykiwań podskórnych i w leczeniu chorych ambulatoryjnych w każdéj porze roku, na co nie moglibyśmy się odważyć przy metodzie wcierań. Wiadomo bowiem powszechnie, jak ustrój w czasie leczenia wcieraniami jest drażliwym i skłonnym do powstawania wszelkiego rodzaju chorób z zaziębienia i nieodpowiedniego zachowania się. Czegoś podobnego przy robieniu wstrzykiwań nigdy nie zauważyliśmy. W żadnym przypadku nie zauważyliśmy, aby pod wpływem rtęci stosowanéj podskórnie występował ten upadek sił, wychudnienie, brak apetytu, apatyja, które niejednokrotnie zdarza się widzieć jako następstwa dłuższego używania rtęci czy to wewnętrznie, czy też za pomocą wcierań. Rtęć z ustroju o wiele szybciéj się wydziela, niż po wcieraniach, krócéj więc ustrój jest pod jéj działaniem. Téj okoliczności może należy przypisać, że wstrzykiwania nie sprowadzają takiego charłactwa jak wcierania. Ze względu na czystość i wygodę chorzy przenoszą wstrzykiwania nad wcierania. U nas w klinice czas leczenia wstrzykiwaniami był zawsze krótszym niż przy robieniu wcierań. Objawy kiły odnawiającéj się po wstrzykiwaniach były zawsze łagodne i po zastosowaniu znów kilku lub kilkunastu wstrzykiwań szybko ustępowały. Te zalety metody, głównie rozpowszechnionéj przez Lewina, z pewnością zmniejszyłyby już były używanie innych metod *ad minimum*, gdyby nie jedna jéj nader ujemna strona, a któréj dotąd, mimo różnych prób, usunąć się nie udało. Oto wstrzykiwania podskórne sprawiają ból, dla którego w niektórych przypadkach, u osób drażliwych, szczególniéj nerwowych kobiet, trzeba ich zaniechać. Ból ten występujący zaraz po zastrzyknięciu wzmaga się bardzo w ciągu pół godziny, poczém zwolna ustępuje. Zawsze jednak po kilkunastu nawet godzinach miejsce zastrzyknięcia jest przy ucisku bardzo dotkliwém. Niektórzy zarzucają, że po nich łatwo ropnie powstają. Według naszego doświadczenia przyczyną ropni jest li tylko złe zastrzykiwanie sublimatu. Jeżeli bowiem zastrzyknięty sublimat dostanie się w tkankę samél skóry, to oprócz wiele silniejszego bólu, wywołuje przytém zawsze obrzmienie dotkniętego miejsca skóry lub wytworzenie się ropnia. Jeżeli zaś igła przebije całą grubość skóry a sublimat dostanie się tylko do tkanki łącznéj podskórnéj, wtedy ropień nigdy nie powstanie. Również téż uważać bardzo należy na czystość igły i rozczynu mającego się zastrzyknąć płynu. Zachowując te ostrożności nigdyśmy w naszych przypadkach nie mieli żadnych ropni po zastrzykiwaniu podskórném któregokolwiekbądź preparatu rtęciowego.

Wstrzykiwaniami więc, jak już wspomnieliśmy, leczyliśmy przeważną część naszych przypadków kiły drugorzędnéj. Wyjątek stanowiły w tém leczeniu na pierwszém miejscu ciężarne kobiety, u których zachodziła obawa, że skutkiem bólu wywołanego zastrzyknięciem może na drodze odruchowéj przyjść do przedwczesnego porodu. Prócz tego nie robiliśmy wstrzykiwań u chorych, którzy albo z powodu zbytniéj drażliwości nie mogli znosić bólu zastrzyknieniami wywołanego, lub téż u których w ogóle przeciwwskazane było użycie rtęci, albo wreszcie w przypadkach kiły ciężkiéj. U osób osłabionych, u których po leczeniu przygotowawczém, wskazaném już było użycie rtęci, ze względu jednak na bóle, jakie wstrzykiwania wywołują i ze względu na ich energiczne działanie, woleliśmy ich zaniechać a polecić wcierania.

Zazwyczaj do wstrzykiwań używaliśmy rozczynu sublimatu, przepisując go: *Rp. sublimati corrosivi 1·00 Natri chlorati 10·00 Aq. destillatae 100·00.* Z tego rozczynu wstrzykiwaliśmy jako dawkę dzienną jednorazową całą strzykawkę jednogramową Pravaza, a zatém jeden centygram sublimatu. Morfinu do rozczynu powyższego nie dodawaliśmy, uważając dodatek ten za nieodpowiedni. Zwykle bowiem już po 24 lub 36 godzinach prawie cała ilość morfinu wydzielała się, strącona sublimatem, który jest jednym z ogólnych odczynników na alkaloidy. Nader mała ilość morfinu, jaka mogłaby się w rozczynie utrzymać, wynosiłaby w codziennéj dawce tak homeopatyczną ilość, że o jéj działaniu ani nawet mowy być nie może. W pewnéj liczbie przypadków próbowaliśmy dodawać rozczynu morfinu do każdéj dawki sublimatu w ilości mniéj więcéj $^1/_2$ do 1 centigrama czystéj soli morfinowéj. W takich razach morfin działał i istotnie ból zmniejszał, lecz nie do tego stopnia, jakby się po takiéj ilości morfinu spodziewać można było. Morfin bowiem działał zaraz po zastrzyknięciu, podczas gdy najsilniejszy ból po zastrzyknięciu sublimatu występował późniéj i przetrzymywał działanie morfinu. Zresztą przy znanéj łatwości, z jaką ustrój ludzki przyzwyczaja się do morfinu, trzebaby dawkę jego alkaloidu ciągle zwiększać, co nie byłoby odpowiedniém i do żadnego nie doprowadziłoby celu.

Wstrzykiwania zwykle robiliśmy pod skórę pleców lub pośladków, miejsca te bowiem są najmniéj czułe. Szczególniéj odpowiedniemi dla wstrzykiwań są pośladki, raz dla swéj małéj czułości, powtóre ze względu na grubą warstwę tkanki podskórnéj. Zwyczajem przyjętym w klinice naszéj było robienie przez dwa dni z rzędu zastrzykiwań a pozostawienie w dniu trzecim przerwy. Codzienne zastrzykiwania łatwo i prędko sprowadzały zapalenia dziąseł.

Ze wszystkich przetworów rtęciowych, do wstrzykiwań polecanych, rozczyn sublimatu, według formy wyżéj przytoczonéj, jest najlepszym. Przewyższa on je nietylko co do siły leczniczéj, ale także pod wielu innemi względami. Przetwory takie, jak białkan rtęci, peptonian rtęci, a nawet sinek rtęci w rozczynie łatwo ulegają rozkładowi. Ztąd téż ilość rtęci w rozczynie znajdująca się jest zmienną. Obok tego w czasie rozkładu wydzielają się różne osady, które płyn mącą i mogą dać powód do powstawania ropni. Ból wywołany zastrzykiwaniami sublimatu wcale większym nie jest niż po użyciu innych preparatów, tak, że ta główna wada wszystkim środkom do zastrzykiwania używanym jest w równéj mierze wspólną.

W roku zeszłym robiliśmy próby z preparatem tak gorliwie zalecanym przez Liebreicha. Preparat ten *hydrargyrum formamidatum* mimo sławy, jaka użycie jego naprzód już poprzedziła, nie wytrzyma krytyki ścisłéj. Myśmy stosowali go w 29 przypadkach, lecz nieodkrywszy w nim żadnych z wysławionych zalet porzuciliśmy go. Mrówkoamid rtęciowy jest przedewszystkiém przetworem niestałym, łatwo zmieniającym w rozczynie swój skład chemiczny. Głównéj zalecie jego, że bólu nie wywołuje, nasi przynajmniej chorzy jednogłośnie zaprzeczyli. Dla porównania robiliśmy naprzemian w paru przypadkach zastrzykiwania już to sublimatem, jużtéżto mrówkoamidem rtęciowym. Chorzy na jedno zgadzali się, że tak po jednego jak i drugiego rodzaju wstrzyknięciu mają ból, — co do natężenia zaś bólu zdania były podzielone, tak że przypuszczać musimy, że nie ma w tym względzie żadnéj różnicy między obydwoma temi preparatami rtęciowemi. Mrówkoamid rtęciowy działał o wiele wolniéj, trzeba téż było o wiele więcéj wstrzykiwań z niego zrobić niż ze sublimatu, aby usunąć zmiany kiłą drugorzędną wywołane. W tych przypadkach, w których mieliśmy sposobność widzieć odnawiającą się kiłę, przekonaliśmy się, że kiła ta po wstrzykiwaniach z mrówkoamidu rtęciowego o wiele rychléj występowała i o wiele silniéj a uporczywiéj niż po wstrzykiwaniach sublimatem.

Ze względu na brak miejsca w klinice, jakotéż ze względu na koszta leczenia szpitalnego, zatrzymywaliśmy chorych kiłowych tylko tak długo, póki zmiany ze skóry i błon śluzowych nie ustąpiły, bacząc przedewszystkiém na to, aby chory opuścił zakład w takim stanie, że już nie był niebezpiecznym dla społeczeństwa przez roznoszenie kiły. Do tego celu, stosownie do nasilenia objawów, wystarczało nam w kile wtórorzędnéj świeżéj 20 do 30 zastrzyknięć sublimatem. W kile odnawiającéj się robiliśmy zazwyczaj o połowę mniej wstrzykiwań. Średnio biorąc, w ciągu dwóch lat, sprawozdaniem objętych, chorzy, którzy stale wracali do nas z nawrotami objawów kiłowych, dostali 50 do 70 wstrzykiwań rtęciowych. Ponieważ na podstawie większości przypadków przypuścić można, że leczenie kiły drugorzędnéj wymaga średnio dwóch lat czasu, a zatém do wyleczenia kiły drugorzędnéj potrzeba było w naszych przypadkach średnio 50 do 70 wstrzykiwań sublimatem po 0·010 na dawkę, t. j. 0·50 do 0·70 sublimatu czystego. Jestto w porównaniu z wcieraniami ilość rtęci nader mała, jakiéj potrzeba do usunięcia zmian kiły drugorzędnéj. Myśmy używali w klinice wcierań po 3 grm. na dzień, któráto dawka zatém zawiera 1.50 grama rtęci metalicznéj!

Rtęć wewnętrznie podawaliśmy w tych przypadkach, w których chorzy nie znosili wstrzykiwań, a zmiany nie były tak wielkie, aby wymagały wcierań. Przedewszystkiém więc używaliśmy téj metody leczniczéj u kobiet nerwowych, które po wstrzykiwaniach dostawały spazmów.

Wewnętrznie podawaliśmy zwykle rtęć jako jodek rtęciowy w pigułkach. Preparat ten najmniéj drażni przewód pokarmowy, a chorzy użycie jego dłużéj znoszą niż sublimatu, który również podawaliśmy wewnętrznie w kilku przypadkach. Przytém sublimat ma smak obrzydliwy, długo się utrzymujący i przypominający. Jodek rtęciawy zapisywaliśmy zwykle w połączeniu z wyciągiem makowca, przez co zapobiegaliśmy występowaniu bólów i rozwolnieniu. Zwykłą formą ordynacyi było: *Rp. Protojodureti hydrargyri 1.00 Extr. opii aquosi 0.30, Extr. gentianae, Plv. quassiae q. s. ut. f. l. a. pill. quadraginta,* — a z tego podawano po 2 do 6 pigułek raz lub dwa razy dziennie.

Rtęć wewnętrznie podawana usuwała również dobrze zmiany kiłowe jak podskórnie lub w postaci wcierań stosowana. Jednakowoż leczenie trwało o wiele dłużéj i wymagało częstych przerw z powodu zaburzeń ze strony narządu pokarmowego. Przytém zauważyliśmy, że odżywienie chorych znacznie się pogarszało.

Wcierań rtęciowych używaliśmy w kile wtórorzędnéj wyjątkowo. Jak już wyżéj nadmieniliśmy, wyjątek ten stanowiły przypadki kiły ciężkiéj, uporczywéj, u ludzi osłabionych. Prócz tego używaliśmy wcierań u kobiet ciężarnych, w tych przypadkach, gdzie nam chodziło o usunięcie zmian przed porodem. U chorych takich bolesnych wstrzykiwań używać nie było można, a wewnętrzne podawanie rtęci również było niestosowném i poniekąd przeciwwskazaném.

Wcierania robiono według powszechnie przyjętéj metody, stosując na dzień po 3 gramy *Unguenti cinerei* (t. j. po 1.50 na każdą stronę). Zwykle chorych naszych, szczególniéj w porze letniéj, posyłaliśmy do kąpieli przed każdém wcieraniem, aby odpowiednio przygotować skórę. Wcierań nie robiliśmy jednym ciągiem bez przerwy, — lecz zwykle co trzeci lub piąty dzień pozostawialiśmy choremu pauzę. Tym sposobem nie męczyliśmy zbyt chorego i po części zapobiegiwaliśmy wystąpieniu mocniejszego zapalenia dziąseł i jamy ust.

Zwykle w naszych przypadkach potrzeba było do usunięcia kiły 30 do 50 wcierań. Wcierania bynajmniéj nie zapobiegały nawrotom objawów kiły; — wydarzały się one tak często jak po innych metodach leczniczych, a bodaj czy nie silniéj niż po wstrzykiwaniach podskórnych sublimatu. U dzieci z objawami kiły drugorzędnéj stosowaliśmy rtęć w postaci kąpieli sublimatowych. Kąpiele te równie dobrze działały jak inne metody leczenia rtęcią i usuwały szybko zmiany kiłowe.

W przypadkach wystąpienia nieco silniejszego zapalenia jamy ust, używaliśmy prócz wyżéj nadmienionego płókania 2% rozczynem chloranu potasowego i pędzelkowania z nalewki dębiankowéj, azotanu srebrowego *in substantia.* Dwu- lub trzechkrotne pociągnięcie miejsc owrzodziałych błony śluzowéj tym środkiem wystarczało do usunięcia tego nieznośnego następstwa leczenia rtęcią.

Jak już wyżéj nadmieniliśmy w przypadkach kiły bardzo złośliwéj u ludzi źle odżywionych, charłaczych, nie przystępowaliśmy odrazu do leczenia rtęcią, lecz obok dyjety pożywnéj i środków, mających na celu poprawę odżywienia, podawaliśmy jodek potasu. Środka tego używaliśmy zwykle w rozczynie 5%, podając go po łyżce stołowéj dwa lub trzy razy dziennie (t. j. prawie po 1 gramie jodku potasu na dawkę).

Jodek potasu jest bezwątpienia również środkiem przeciwkiłowym, w kile jednak drugorzędnéj działa słabiéj aniżeli rtęć. Mimo to w niektórych przypadkach widzieliśmy niezawodne jego skutki lecznicze. Szczególniéj uważaliśmy, że głębsze nacieki w skórze po podawaniu jodu prędzéj ustępują, że owrzodzenia powstałe skutkiem niesztowic lub brudźca kiłowego prędzéj się o wiele goją. W tych przypadkach, w których podawaliśmy jod w kile pierwszorzędnéj, uważaliśmy, że lek ten zwykle opaźniał wystąpienie objawów kiły drugorzędnéj. Również jod usuwał różne niemiłe objawy okresu zwiastunowego kiły drugorzędnéj, jak bóle głowy, bóle w stawach, mięśniach, kościach itd., a przedewszystkiém obrzęk gruczołów, mianowicie u skrofulicznych, jak również obniżał gorączkę.

Prócz leczenia ogólnego nigdy nie pomijaliśmy leczenia miejscowego kłykcin sączących tak na częściach rodnych, jak w okolicy rzyci, na błonie śluzowéj jamy ust itd. Leczenie to polegało zwykle na pędzelkowaniu kłykcin sączących rozczynem sublimatu. Do pędzelkowania najczęściéj używaliśmy 1% lub 2% rozczynu wodnego chlorku rtęciowego. Dawniéj używaliśmy rozczynu wyskokowego, przekonaliśmy się jednak, że rozczyn ten, sprawiający chorym mocny ból, nie ma żadnéj wyższości nad rozczynem wodnym. Jeżeli kłykciny sączące na częściach rodnych były bardzo duże i liczne, co się zdarzało u kobiet, używaliśmy metod leczniczych więcéj energicznych, jak posypywania kalomelem kłykcin wpierw zapędzelkowanych wodą chlorową (*sublimat in statu nascenti*), przyżegania równoczesnego azotanem srebrowym *in substantia* i zynkiem metalicznym itd. Jeżeli po znacznych kłykcinach pozostały nacieki, pokryte grubszą warstwą przyskórka lub przybłonka, nieustępujące już tak łatwo przy zwykłém leczeniu, stosowaliśmy na nie plaster rtęciowy, przez co znacznie przyspieszaliśmy ich wessanie Kłykciny na błonie śluzowéj jamy ust i gardła albo pędzelkowaliśmy słabym rozczynem chlorku rtęciowego lub téż słabym rozczynem azotanu srebrowego.

Leczenie miejscowe kłykcin sączących ma szczególniéj wielkie znaczenie w kile odnawiającéj się u osób poprzód rtęcią leczonych. U osób takich kłykciny sączące szczególniéj łatwo występowały na błonie śluzowéj jamy ust i gardła. Na podstawie licznych naszych spostrzeżeń przyszliśmy do przekonania, że główną tego przyczyną jest pewnego rodzaju przewlekła *stomatitis mercurialis*. Pod wpływem rtęci błona śluzowa jamy ustnéj staje się nader wrażliwą, i z tego powodu jako *locus minoris resistentiae* błona ta śluzowa szczególniéj usposobioną była do wytwarzania się nacieków kiłowych. Nacieki takie łatwo bardzo rozpadały się i szerzyły w obwodzie, tworząc dość wielkie i głębokie nadżerki. Kłykciny takie nie tak łatwo, jak w warunkach zwykłych, ustępowały. Szczególniéj miało to miejsce, jeżeli się stosowało znów dla usunięcia ich zwykłe leczenie przeciwkiłowe rtęcią, tak zewnętrznie jak wewnętrznie podawaną. Wtedy bardzo często zmiany na błonie śluzowéj miasto ustępować powiększały się, a nowe kłykciny na miejscach dotąd zdrowych występowały. W takich przypadkach, niejako przesycenia ustroju rtęcią, najodpowiedniejszém nam się okazało leczenie następujące: Choremu, dobrze odżywionemu, podawaliśmy wewnętrznie tylko jodek potasu lub jodoform (*Rp. Jodoformii 3.00—5.00 Extr. et plv. gentianae q. s. ut f. l. a. pill. quinquaginta. S.* Dwa razy dziennie po 2 do 4 pigułek), zewnętrznie zaś pociągaliśmy kłykciny albo lapisem *in substantia* lub rozczynem azotanu srebrowego lub téż wreszcie rozczynem jodu w glicerynie i jodku potasu. Po takiém leczeniu zmiany na wszystkich błonach śluzowych szybko się goiły a odżywianie chorego polepszało się znacznie.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Lustgarten: O prątkach swoistych, znajdowanych w wytworach chorobowych właściwych kile.

(Doniesienie tymczasowe).

Autorowi, zajętemu badaniami w pracowni prof. Weigerta w Lipsku, udało się wykryć prątki swoiste w dwóch przypadkach stwardniałości pierwotnéj i w jednym przypadku kilaka. Prątki te różnią się od wszystkich znanych dotychczas nietylko odmienném barwieniem się lecz także odrębną lokalizacyją, przedstawiają się one jako pręciki proste lub nieco zakrzywione, smukłe, prawie téj saméj wielkości i wejrzenia co prątki gruźlicze, znajdują się rozrzucone lub w małych grupach w powiększonych nieco komórkach limfoidalnych, a przy użyciu wielkich powiększeń można na nich wykazać miejsca jaśniejsze, takie same jak te, które Koch skłonnym jest uważać za tworzące się zarodniki na prątkach gruźliczych. Sposób barwienia, o którym autor późniéj poda wiadomość, jest tego rodzaju, że pozwala dokładnie odróżnić te prątki od wszystkich innych dotąd znanych, a okoliczność, że ostatnie znajdują się w samych komórkach limfoidalnych, dozwala wykluczyć złudzenia w skutek obecności prątków gnilnych. Autor nie spostrzegł nigdzie koków a wspomina o tém dla tego, że inni autorowie posądzali koki o to, że są przyrzutem kiły; nie wypowiada on dotychczas zdania o znaczeniu etyjologiczném tych prątków, stwierdza jedynie ich obecność w tworach kiłowych. (*Wr. med. Wochenschrift*, 1884, Nr. 47). *Dr. Schaitter.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

IX. Posiedzenie zwyczajne naukowe Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. z d. 8 listopada 1884.

Obecni: Przewodniczący: Dr. Widman. Członków obecnych 21.

Kol. protomedyk Biesiadecki podaje do wiadomości, że biblijoteka Tow. lek. galic. otrzymała następujące dary: 1) Księgozbiór po kol. Raspie pozostały, 2) rodzina kol. Dra Świrskiego darowała także zbiór książek przez zmarłego kolegę pozostałych, 3) spadkobiercy po kol. Drze Berggrünie wzbogacili biblijotekę Tow. lek. galic. książkami po zmarłym koledze w spuściźnie otrzymanemi. Kol. protomedyk wnosi tedy, aby dary pomienione przyjąć a ofiarodawcom wyrazić publiczne podziękowanie przez umieszczenie wiadomości w organie Tow. lek. galic., co Zgromadzenie jednomyślnie postanowiło i niniejszém z przyjemnością uchwałę wykonywa. Nadto nadmienia kol. protomedyk, że co do księgozbioru po kol. Drze Raspie pozostałego, podziękowanie i uznanie należy się kol. Drowi Różańskiemu, że zbiór ten stał się własnością biblijoteki Tow. lek. galic.; kol. Dr. Różański bowiem nabył pomieniony zbiór ksią-

żek i darował go biblijotece Tow. lek. gal. Kol. protomedyk wnosi więc, aby kol. Drowi Różańskiemu wyrazić podziękowanie przez powstanie, na co się jednomyślnie zgodzono. Ponieważ jednak kol. Dr. Różański nie był obecnym na posiedzeniu, postanowiono Mu zatém wyrazić podziękowanie za Jego starania i koszta łożone dla dobra biblijoteki Tow. lek. galic. publicznie w organie Tow. lek. galic. i niniejszém wywiązuje się Zgromadzenie z tego miłego obowiązku.

Kol. Dr. Krówczyński mówi: O nowym zwiastunnym objawie zapalenia przyjądrza. Prelegent zwraca uwagę na zjawisko obserwowane w 30 przypadkach rzeżączki, że przed wystąpieniem dotąd znanych objawów zapalenia przyjądrza spostrzegał w moczu mętnym mniejsze lub większe ilości białka obok oddziaływania kwaśnego moczu. Działo się to zazwyczaj w drugim lub czwartym tygodniu przebiegu rzeżączki, a w kilka dni późniéj dopiero występowało zapalenie przyjądrza i równocześnie znikało prawie we wszystkich przypadkach białko, a mocz oddziaływający kwaśno był przejrzystym. Zbyt mała liczba obserwowanych przypadków nie upoważnia do stanowczego wniosku, usprawiedliwioném jest jednak przypuszczenie, że spostrzeżenie to stoi zapewne w związku z zapaleniem przyjądrza, dlatego też prelegent zwraca uwagę na to spostrzeżenie z prośbą, aby i inni koledzy nań zwrócili uwagę, a gdyby fakt ten dalszemi spostrzeżeniami potwierdzony został, należałoby się zastanowić nad tłumaczeniem tego zjawiska i nad stosunkiem jego do zapalenia przyjądrza. W dalszym ciągu rozbiera prelegent sposoby powstawania zapalenia przyjądrza, przypomina, że odwoływanie się do sympatyi, jaką dawniéj się posługiwano, jest właściwie tylko pokryciem naszéj nieświadomości;—porzuconą przez nowszych badaczy metastazę można przywołać do życia, gdy się uwzględni naturę pasorzytniczą rzeżączki; najczęściéj jednak zapalenie przyjądrza powstaje przez przeniesienie się sprawy zapalnéj z przedniéj części cewki natylną. We wszystkich przez prelegenta wspomnianych przypadkach była część tylna cewki sprawą zapalną zajęta i może następstwa nasilenia sprawy chorobowéj są źródłem owego białka, które mogłoby pochodzić z pęcherza, a mniéj prawdopodobném jest pochodzenie jego z nerek. Dalsza obserwacyja powinnaby wykazać, czy odpowiednie leczenie z chwilą pojawienia się białka w kwaśnym mętnym moczu może zapobiedz powstaniu zapalenia przyjądrza. W niektórych przypadkach bowiem nie wystąpiło zapalenie przyjądrza, chociaż w moczu kwaśnym i mętnym białko się pokazało, gdy chorzy w łóżku pozostali mając na sobie suspensoryja Horanda. Mając na względzie leczenie odciągające, podawał prelegent w tych przypadkach środki przeczyszczające. Czy i na karb czego kłaść należy, że w tych przypadkach zapalenie przyjądrza nie wystąpiło, tylko dalsze obserwacyje rozstrzygnąć mogą. (Dok. nast.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XIV Posiedzenie zwyczajne z d. 12go października 1884.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 35. Jako goście Drowie Bar ą cz ze Lwowa, Braun i Mężyk.

1) Nadeszły do biblijoteki Towarzystwa: *a)* Dra Julijusza Cohnheima: Odczyty z patologii ogólnéj tomów 3. Warszawa. *b)* S. Jaccoud: Wykład patologii szczegółowéj, przekład z 7go wydania francuskiego z r. 1883. Dzieło ozdobione tablicami chromolitograficznemi. Warszawa. — *c)* Protokóły Towarzystwa lekarzy lubelskich za r. 1882/3.

2) Przyjęto jednomyślnie przez głosowanie na czynnych członków Towarzystwa Drów Zaniatowskiego, Brauna, Mężyka i Gońkę.

3) Kol. Grabowski składa Rocznik Tow. lek. krak. za r. 1883, z polecenia Towarzystwa przez siebie ułożony.

4) Wniosek Komitetu co do składu Komisyi przedwyborczéj przyjęto przez aklamacyję.

5) Przewodniczący wniósł uchwałę Komitetu Tow. lek. wzywającą Delegata Tow. w Komisyi sanitarnéj do wyjednania takiéj uchwały, mocą któréj Przewodniczący téjże Komisyi przypomni władzy właściwéj wszystkie te wnioski asenizacyjne, które przez Komisyję uchwalone, lecz wyeksekwowane nie zostały.

6) Uchwalono urządzić w Towarzystwie szereg odczytów z dziedziny bakteryjologii, profilaksy i terapii cholery.

7) Kol. Korczyński mówił o wskazaniach do laparotomii w przypadkach niedrożności jelit, rozbierając właściwe znaczenie niedrożności. (Rzecz ta ukaże się w Przeglądzie Lek.)

Na tém posiedzenie zakończono.

Za sekretarza Dr. *Dobruchowski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera**. Liczba przypadków choroby i śmierci w Paryżu w ostatnich dniach widocznie zmniejszyła się; pomimo to Państwa ościenne nie zaniechały środków ostrożności, które tém bardziéj są wskazane, o ile epidemija występuje także poza Paryżem, jak np. w Compiegne.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,9. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z odry 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry (6 z. t.); 2 płonicy (6 z. t.); 2 błonicy (0 z. t.); 3 krztuśca (2 z. t.); 1 duru brzusznego (0 z. t.); 1 duru osutkowego (0 z. t.); 2 róży (1 z. t.). Od 2—8 listopada umarło z ospy w Londynie 29, świeżo zapadło 104, leczyło się w szpitalach 703. W Paryżu i Petersburgu umarło z ospy po 1, w Wiedniu i Odesie po 2, w Pradze i Madrasie po 3, w Lizbonie 4, w Wenecyi 6. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Petersburgu i Palmie po 6, w Madrycie 3. Z cholery umarło w Paryżu 2, w Kalkucie 8, w Madrasie 100. w Bombayu 5.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,0; w Warszawie 30,7; w Poznaniu 25,6; w Wiedniu 22,5; w Budapeszcie 2 ,0; w Pradze 25,4; w Berlinie 22,3; w Hamburgu 29,0; we Wrocławiu 29.2; w Gdańsku 25,4; w Mnichowie 29,9; w Dreźnie 21,6; w Lipsku 24,6; w Genewie 16,2; w Brukseli 21,8; w Amsterdamie 23,2; w Hadze 19,0; w Paryżu 23,4; w Londynie 19,7; w Kopenhadze 24,7; w Stokholmie 19,4; w Chrystyjanii 21,4; w Petersburgu 22,8; w Odesie 25,9; w Wenecyi 26,4; w Bukareszcie 23,4; w Madrycie 29,8; w Lizbonie 28,4; w Aleksandryi 32,4; w Nowym Yorku 24,0; w Filadelfii 20,4; w Bombayu 29,6; w Madrasie 51,9. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 9—15 listopada rb. umarło osób 52, co odpowiada na rok i 1,000 m. 23·4. W tym czasie zmarło 5 osób z ospy, 1 z błonicy, 1 z dławca, 1 z krztuśca.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 listopada. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego odbył się dalszy ciąg dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego, poczém tenże okazał kilka nowszych narzędzi chirurgicznych.

* W Nrach 22 i 30 pisma naszego z r. b. donosiliśmy o skazaniu lekarza wiedeńskiego Dra Spitzera przez Sąd przedmieścia Mariahilf na utratę dyplomu i grzywnę za dopuszczenie się błędu lekarskiego (*Kunstfehler*) w myśl §. 356 k. k. przez to, że dziewczynie z powodu odmrożenia palca zalecił pędzlowanie kolodijonem jodowym, w skutek czego nastąpiła zgorzel i utrata palca. Sędzia oparł swój wyrok tak dotkliwy dla obwinionego na orzeczeniu lekarzy sądowych Dra Dolla i Haschka, którzy, zawezwani do rozprawy, orzekli na niekorzyść kolegi. W skutek odwołania się skazanego Sąd krajowy zażądał orzeczenia Wydziału lekarskiego, który téż temi dniami na wniosek sprawozdawcy prof. Alberta orzekł jednomyślnie jak następuje:

1. Znawcy wywodzą zgorzel z zadziergnięcia kolistego a więc z pędzlowania obrączkowatego; tymczasem Dr. Spitzer stosował pędzlowanie całego palca. Nieuwzględnienie téj różnicy równa się posądzeniu skazanego o czyn, którego wcale się nie dopuścił.

2. Pędzlowanie kolodijonem jodowym, zastosowane przez Dra S., w szeregu doświadczeń umyślnie uskuteczuionych, nie wywoływało zgorzeli. W literaturze i umiejętności nigdzie nie ma wzmianki, jakoby środek ten, a w szczególności tak zasto-

sowany, był niebezpiecznym. Z tego powodu nie można Drowi S zarzucić nieznajomości rzeczy w tym kierunku.

3. O ile wynika ze zgodnych zeznań poszkodowanéj, jéj krewnych i skazanego, w ciągu choroby nie występowały takie objawy, po których możnaby było wnosić o mumifikacyi rozpoczynającéj się, a któréjby zapobiedz wypadało. A więc i pod tym względem Drowi S. nie można zarzucić nieznajomości rzeczy.

Z tych powodów na pytanie Sądu, czy w danym razie śród leczenia Herminy Kautzkiéj obżałowany popełnił takie błędy, które świadczą o nieświadomości jego i czy ztąd Hermina Kautzka poniosła ciężkie uszkodzenie cielesne, Wydział stanowczo odpowiada przecząco.

A więc rehabilitacyja niesłusznie potępionego lekarza najzupełniejsza; szkoda tylko, że po niewczasie. Równocześnie bowiem z wydaniem orzeczenia Wydziałowego Dunaj wyrzucił zwłoki Dra Spitzera, który przed kilką tygodniami zniknął z pomieszkania swego bez śladu. Skutkiem wyroku tak dotkliwego biedny lekarz popadł w zadumę i w tym stanie dopuścił się najprawdopodobniéj samobójstwa. Tragiczna śmierć ojca familii, lekarza, który przez $^1/_4$ wieku żył i praktykował bez poszlaku, wywołała okrzyk boleści a na nic nie zdadzą się zgryzoty sumienia owego sędziego i dwóch jego doradzców lekarskich. A jednak od winy nie są wolnymi. Sędzia zbłądził, gdy w sprawie tak ważnéj wydał wyrok nie zasięgnąwszy opinii Wydziału, a lekarze sądowi zbłądzili jeszcze więcéj, gdy nie zwrócili uwagi sędziego, że zachodzi konieczna potrzeba udania się po orzeczenie do Wydziału, gdy zamiast uznać się niekompetentnymi stanowcze wydali orzeczenie. Będzie to zapewne dla nich krwawą nauką na przyszłość, ale nie o to wcale się rozchodzi! Fakt ten smutny dowiódł, że jedyny stan lekarski pozostaje bez należytéj opieki, pozbawiony dotąd będąc Izb lekarskich, do których w takich przypadkach przedewszystkiém należy sąd o uchybieniu kolegi. Słusznie téż dzienniki, nawet polityczne, podnoszą głos swój w sprawie piekącéj utworzenia Izb na wzór istniejących podobnych instytucyj dla innych zawodów. Może pod wpływem tragicznego przypadku ustawodawstwo wyręczy w téj mierze lekarzy, którzy dotąd dosyć niezręcznie zabierali się do żądania Izb lekarskich a przynajmniéj w żądaniach swych nie okazywali pożądanéj energii.

* Dr. Wenanty Piasecki przesiedlił się na zimę z Zakopanego do Krakowa i urządził tu w nowo przebudowanych Łazienkach górnych w ogrodzie oddział wodoleczniczy, gdzie w południe od godz. 11—12 przyjmuje chorych obojéj płci dochodzących na kuracyję hydryjatryczną. Nadto Dr. P. urządził się w willi pod „Lipkami" nad Wisłą tak, iż chorym zamiejscowym może dać zupełne zaopatrzenie z kuracyją hydryjatryczną i mięsieniem w połączeniu z leczniczą gimnastyką. Z pomocą wprawnéj służby podejmuje się téż wykonywać po domach prywatnych wszelkie kuracyje wchodzące w zakres hydroterapii, mięsienia i gimnastyki leczniczéj.

* **Wiedeń** Za przykładem Berlina i Lipska zamierzają i tutaj urządzić w szpitalu powszechnym Szkołę dla dentystów.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Zurych.** Prof. Luchsinger z Berna powołany tu został na katedrę fizyjologii po Hermannie. — **Praga czeska.** Rektor Uniwersytetu czeskiego prof. Streng, objąwszy urzędowanie, złożył sumę 4000 złr. na stypendyjum dla kandydata medycyny. Prof. nadzw. chemii lekarskiéj w Wydziale czeskim Dr. Jan Horbaczewski, i nadzw. prof. farmakologii w Wydziale niemieckim Dr. Franc. Hofmeister mianowani zostali profesorami zwyczajnymi. — **Berlin.** Wydział lekarski wystosował pismo do Schweningera, z oznajmieniem, że z powodu przeszłości jego wszyscy członkowie Wydziału postanowili nie wchodzić z nim w żadne stosunki pozasłużbowe.

* **Wiadomości osobowe.** Starszy lekarz w rezerwie Dr. Jan Stefanicki mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj.

* **Nekrologija.** W Moskwie umarł Dr. Henryk Giwartowski. Urodzony w Warszawie w r. 1817 uczęszczał na medycynę w Wilnie a stopień doktora otrzymał w r. 1843 w Moskwie i tamże objął katedrę chemii i farmacyi, na któréj dosłużył się emerytury. Napisał kilka rozpraw lekarskich w języku rosyjskim i francuskim.

W Würzburgu umarł prof. Dr. Henryk Adelmann, słynny w swoim czasie chirurg i okulista, licząc lat 77. — W Petersburgu umarł w 38 roku życia Dr. Albrecht, prosektor w szpitalu obuchowskim, znany z prac swoich w dziedzinie chorób zakaźnych, a głównie duru powrotnego i Dr. Henryk Laskowski, chirurg szpitala aleksandrowskiego, a w gubernii kowieńskiéj Dr. Stanisław Gidwoyn.

W Nowym Targu umarł d. 19 bm. pensyjonowany c. k. lekarz powiatowy Dr. Izydor Trommelschlaeger, członek Tow. lek. galicyjskich, w 74tym roku życia swego, rodem z Żółkwi. W r. 1837 otrzymał stopień Dra medycyny na uniwersytecie w Padwie, a następnie w r. 1845 stopień akuszera, a w r. 1846 stopień chirurga w Zakładzie med. chirurg. we Lwowie. Był lekarzem powiatowym w Wiśniczu, Dobczycach a wreszcie w Nowym Targu, w ciągu téj swéj służby zdołał zebrać znaczny majątek, pozostawiając go bez testamentu niewiadomym spadkobiercom — a może skarbowi państwa. Życie jego było ciche i skromne. *Dr. Zawadziński.*

Redakcyja otrzymała:

Dr. Witold JAROSZYŃSKI: Meran i Arco jako lecznicze stacyje klimatyczne. Warszawa 1884, in 8vo str. 18.

Sekcyja lwowska Tow. lek. gal. odbędzie XI zwyczajne naukowe posiedzenie w sobotę dnia 6go grudnia 1884 o godzinie 6éj wieczór w ratuszu, na którém 1) kol. Dr. K. odczyta rzecz: O zapaleniu pęcherza. 2) Kol. Dr. L. mówić będzie: O paraldehydzie i innych środkach nasennych. 3) Kol. Dr. P.: O leczeniu tyfusu. 4) Kol. Dr. W.: O skutkach kokainu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 3 grudnia o godzinie szóstéj popoł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu niewyczerpanych przedmiotów porządku dziennego ostatniego posiedzenia, kol. Wł. Gluziński mówić będzie: O uwagach wysnutych z doświadczeń nad trawieniem w żołądkach fizyjologicznych i patologicznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Na mocy upoważnienia ze strony Komitetu Towarzystwa Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie, rozpisuje się Konkurs na posadę pierwszego (a względnie drugiego) sekundaryjusza przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci z wynagrodzeniem rocznêm 504 złr. w. a. (względnie 400 złr.).

Posada niniejsza nadaną zostanie na lat dwa poczynając od dnia 1 stycznia 1885 roku, a ubiegający się o nią PP. Doktorzy wszech nauk lekarskich składać mają podania do dnia 15 grudnia 1884 w kancelaryi Dyrektora szpitala św. Ludwika.

Z Komitetu szpitala św. Ludwika.

Prof. Dr. Jakubowski.

KONKURS.

Na opróżnioną posadę lekarza miejskiego z płacą roczną 400 złr. ogłasza Zwierzchność gminna niniejszém Konkurs.

Ubiegający wniosą swe podania zaopatrzone w dowody odbytych studyjów i praktyki lekarskiéj do Zwierzchności gminnéj najdaléj **do 30 Listopada rb.**

Zwierzchność gminy.

Niżankowice 11 Listopada 1884.

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego rozpisuje Zwierzchność gminna miasta Jordanowa z roczną płacą 300 złr. i dochodami z oględzin bydła i zwłok.

Warunki przyjęcia i bliższe szczegóły udzieli Zwierzchność gminna.

Termin wnoszenia udokumentowanych podań włącznie do 20 Grudnia 1884.

Dla użytku lekarzy i studentów medycyny wydane zostały i znajdują się w handlu:

J. COHNHEIMA: ***Odczyty z patologii ogólnéj.***

Przekład z 2go przerobionego wydania z 1882 r. **Trzy tomy.** T. I str. 608. T. II str. 262. T. III str. 340.—Spis alfabetyczny str. 20. — Ogółem **76½ arkuszy** druku.—**Cena 5 rs.**

S. JACCOUD: ***Wykład patologii szczegółowéj.***

Przekład z 7go wydania z r. 1883 Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznemi. **Trzy tomy.** T. I str. 928. T. II str. 984. T. III str. 961.—Ogółem **185 arkuszy** druku. **Cena rs. 13.**

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.